



372528
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/09/11 4-Data de Autorização 09/10/09 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50190313 7-Data Validade da Santa 10/08/11 8-Data Validade da Santa 12/12/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000379994062828301 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A 11-Data Validade da Carteira 10/08/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 701405637665531

13-Nome BENJAMIM OLIVEIRA DIAS SOARES 14-Teléfono 15-Nome do Titular do plano BENJAMIM OLIVEIRA DIAS SOARES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA 18-Número no CRO 31802 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 181214362747210 22-Nome do Contratado Executante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA 23-Número no CRO 31802 24-UF RJ 25-Código CUES 26-UF RJ 27-Número no CRO 31802 28-UF RJ 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentes Regido	34-Face	35-Quid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor	42-Assinatura
1-0	0	8 4 0 0 0 0 9 0				1	12,00			10/09/11		
2-0	0	8 3 0 0 0 0 8 9				1	3,00			10/09/11		
3-0	0	8 3 0 0 0 0 8 9				1	3,00			10/09/11		
4-0	0	8 3 0 0 0 0 8 9				1	3,00			10/09/11		
5-0	0	8 3 0 0 0 0 8 9				1	3,00			10/09/11		
6-0	0	8 3 0 0 0 0 8 9				1	3,00			10/09/11		
7-0	0	8 3 0 0 0 0 8 9				1	3,00			10/09/11		
8-0	0	8 3 0 0 0 0 8 9				1	3,00			10/09/11		
9-0	0	8 3 0 0 0 0 8 9				1	3,00			10/09/11		
10-0	0	8 3 0 0 0 0 8 9				1	3,00			10/09/11		
11-0	0	8 3 0 0 0 0 8 9				1	3,00			10/09/11		
12-0	0	8 3 0 0 0 0 8 9				1	3,00			10/09/11		
13-0	0	8 3 0 0 0 0 8 9				1	3,00			10/09/11		
14-0	0	8 3 0 0 0 0 8 9				1	3,00			10/09/11		
15-0	0	8 3 0 0 0 0 8 9				1	3,00			10/09/11		

43-Data Prevista Término do Tratamento 13/10/11 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 218,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Operação

60-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/11/2011 61-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/11/2011 62-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/11/2011 63-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/11/2011